

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GUITI SHIMIZU FILHO

ABORDAGEM DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA NA PRÁTICA DA  
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: RELATO DE CASO

CURITIBA

2012

GUITI SHIMIZU FILHO

ABORDAGEM DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA NA PRÁTICA DA  
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de residência em  
Medicina de Família e Comunidade  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção de título de Médico de Família e  
Comunidade pela Universidade Federal do  
Paraná - UFPR

Orientador: Prof. Helvo Slomp Júnior

CURITIBA

2012

## **RESUMO**

O uso excessivo de álcool, incluindo as variadas formas como pode se apresentar (uso nocivo/abuso; dependência), é uma situação prevalente e com consequências negativas indubitáveis na sociedade. Uma delas é a síndrome de abstinência alcoólica, quadro não incomum na atenção primária à saúde e que também pode ser encarado como uma oportunidade para se iniciar a abordagem do uso problemático do álcool, no sentido de se motivar o paciente para aderência a um acompanhamento de médio e longo prazo. Algumas das características da atenção primária a privilegiam como cenário para intervenções junto aos problemas relacionados ao consumo de álcool. O presente trabalho relata um caso de síndrome de abstinência de álcool que se apresentou em unidade de estratégia de saúde da família, com o objetivo de discutir a abordagem da síndrome na prática da medicina de família e comunidade e equipe multiprofissional, contemplando aspectos técnicos e peculiaridades relacionadas ao contexto de trabalho.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool; Transtornos Induzidos por Álcool; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The excessive use of alcohol, including the various ways it can be presented (harmful use/abuse; dependence), is a prevalent situation and with unequivocal negative consequences on society. Within the range of possible presentations of problematic use of alcohol, there is the alcohol withdrawal syndrome, a quite common situation that can be seen as an opportunity to approach the problematic use of alcohol in order to motivate the patient to accept a long-term follow-up program. Some of the features of the problems related to alcohol consumption emphasize primary care as a setting for interventions. The present study reports a case of alcohol withdrawal syndrome that has been presented in a family health strategy service, aiming to discuss the approach of the syndrome in the practice of family and community medicine and multidisciplinary team, covering technical aspects and peculiarities related to the working context.

**Keywords:** Alcohol-Related Disorders; Alcohol-Induced Disorders; Family Practice; Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>6</b>
<b>2 RELATO DE CASO.....</b>	<b>11</b>
<b>3 DISCUSSÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>17</b>

## 1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

O uso abusivo de álcool é um dos principais fatores de risco para morte e adoecimento, ocupando, no mundo, a terceira posição dentre os fatores de risco para doenças e agravos. Quase 4 % das mortes são atribuídas globalmente ao consumo excessivo de álcool, o que representa mais mortes que a AIDS e tuberculose. O uso abusivo de álcool tem impacto ainda maior nos países em desenvolvimento, nos quais é considerado o principal fator para doença e incapacidade.<sup>1</sup>

O álcool desempenha papel causal em cerca de 60 tipos de doenças e agravos, tendo ainda uma relação indireta com o desenvolvimento de outros 200 tipos. Atinge não apenas os indivíduos que fazem o uso do álcool, mas também outras pessoas, considerando-se sua relação com agressões, acidentes de trânsito, prejuízo ocupacional e desenvolvimento fetal. Da mesma forma, o consumo abusivo de álcool relaciona-se a gastos expressivos não apenas na saúde pública, como também em outros setores da sociedade.<sup>1</sup> No Brasil o uso abusivo de álcool deixa marcas claras na sociedade: dados nacionais mostram que, dentre as drogas, o álcool é o principal responsável por internações hospitalares.<sup>2</sup>

Existem diferentes conceitos utilizados para identificar os quadros distintos relacionados ao uso de álcool. Desta forma, o *uso nocivo de álcool* diz respeito aos quadros de dano à saúde, seja físico ou mental, associado ao uso de álcool; a *dependência de álcool* contempla alterações fisiológicas, cognitivas e comportamentais associadas ao uso recorrente da droga, normalmente envolvendo um forte desejo para consumir a droga, dificuldades em controlar o seu uso, persistindo nele apesar das consequências prejudiciais, uma maior prioridade dada ao uso da droga do que para outras atividades e obrigações, um aumento da tolerância e, às vezes, um estado de abstinência física.<sup>3</sup> Já *bebedor excessivo* é uma definição objetiva, que visa a prevenção primária, utilizada para identificar indivíduos que consomem uma quantidade de álcool acima de um limite considerado seguro, sendo tal limite estabelecido como um consumo máximo de 21 unidades de álcool por semana para homens (equivalente a cerca de 12 latas de cerveja, 19 cálices de vinho ou 10 doses de destilado) e 14 unidades de álcool por semana para mulheres (equivalente a cerca de 8 latas de cerveja, 12 cálices de vinho ou 7 doses

de destilado).<sup>4</sup> *Beber excessivo episódico* diz respeito ao consumo de mais da metade da quantidade considerada segura por semana em uma única ocasião.<sup>4</sup>

Dados brasileiros apontam que o uso de álcool na vida ocorre em 74,6 % da população acima de 12 anos, estimando-se uma prevalência de dependência de 12,3 %, sendo que em ambas as situações o sexo masculino foi mais representativo. As estimativas mostram que de cada quatro homens que fazem uso na vida de álcool um torna-se dependente e de cada dez mulheres que fazem uso na vida uma torna-se dependente. A dependência acomete principalmente as idades de 18 a 24 anos.<sup>5</sup>

A *síndrome de abstinência alcoólica* caracteriza-se por um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa do álcool, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou uso de altas doses.<sup>3</sup> O manejo da síndrome de abstinência é considerado o primeiro passo para abordagem da síndrome de dependência alcoólica, sendo uma oportunidade para adequada orientação ao paciente sobre o problema e motivar o acompanhamento em longo prazo.<sup>6</sup>

O médico de família como profissional da equipe de atenção primária à saúde deve ser capaz de abordar 75 a 85% das necessidades de saúde da população geral.<sup>7</sup> Além disso, a longitudinalidade é um dos atributos da atenção primária à saúde.<sup>8</sup> Desta forma, os problemas relacionados ao abuso de álcool, sendo prevalentes e caracterizando-se por evolução crônica, com múltiplas repercussões para saúde individual e coletiva, apresentam importância indubitável na prática da medicina de família e comunidade.

No presente trabalho é feito relato de um caso de síndrome de abstinência alcoólica com o objetivo de problematizar a abordagem e o seguimento de tais casos na prática da medicina de família e comunidade no contexto de uma unidade de estratégia de saúde da família.

## A SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

A síndrome de abstinência alcoólica é um dos critérios que definem a dependência de álcool.<sup>3</sup> A epidemiologia exata da síndrome é difícil de ser estabelecida, mas, visto que o uso abusivo de álcool e a dependência desta substância na população são comuns, infere-se que é uma síndrome frequente.<sup>12</sup>

A síndrome é composta por uma gama de manifestações clínicas, não específicas, o que torna seu reconhecimento e avaliação complexos.<sup>13</sup> A exposição crônica ao etanol conduz a uma neuroadaptação com diversas alterações, ainda não completamente entendidas, que incluem mudanças em sistemas envolvendo monoaminas (dopamina e noradrenalina) e os neurotransmissores glutamato e GABA, de tal forma que ocorre, na síndrome de abstinência alcoólica, “hiperativação” do sistema autonômico simpático e redução do limiar convulsivo.<sup>6</sup>

Já nas primeiras 6 horas após a interrupção ou redução do consumo de álcool as manifestações clínicas podem se iniciar, podendo ocorrer hiperatividade generalizada, ansiedade, tremor, sudorese, náusea, vômito, taquicardia, hipertensão e febre baixa. Os sintomas geralmente alcançam um pico de intensidade após 10 a 30 horas do início do quadro e reduzem em 40 a 50 horas. Na maioria dos casos a síndrome apresenta-se com intensidade leve.<sup>14</sup> Em 5 % dos casos de síndrome de abstinência ocorrem convulsões, geralmente 12 a 24 horas após a redução do consumo de álcool.<sup>4</sup> As convulsões raramente ocorrem após 48 horas.<sup>14</sup>

O *delirium tremens* é outra complicação possível no curso da síndrome, ocorrendo mais frequentemente nas primeiras 72 horas. Embora incomum, este é um quadro com mortalidade de 5 a 25 %.<sup>4</sup> É um estado confusional breve, que se acompanha de perturbações somáticas. Os sintomas prodrômicos tipicamente incluem: insônia, tremores e medo. O início pode também ser precedido de convulsões por abstinência. A clássica tríade de sintomas inclui obnubilação de consciência, confusão, alucinações e ilusões vívidas, afetando qualquer modalidade sensorial e com tremores marcantes. Delírios, agitação, insônia ou inversão do ciclo do sono e hiperatividade autonômica estão também usualmente presentes.<sup>3</sup>

Após a identificação do caso de abstinência alcoólica deve-se avaliar qual o ambiente apropriado para a abordagem do caso. Com esta finalidade leva-se em



consideração: a gravidade do caso e o risco para desenvolvimento de complicações, notadamente convulsões e *delirium tremens*; questões relacionadas ao suporte social; co-morbidades e o motivo que levou o paciente a procurar assistência; e algumas características individuais, tais como idade e pacientes com fragilidades. A definição de um guia relacionado a esta abordagem é complicada devido a peculiaridades individuais relacionadas ao paciente e a ao fato de muitas vezes existirem complicadores sociais influenciando a clínica.<sup>14</sup>

Existem sistemas de pontuação validados úteis para auxiliar na avaliação do quadro de abstinência etílica, sendo o CIWA-Ar (*Clinical Withdrawal Assessment Revised*) o mais amplamente reconhecido.<sup>14</sup> O CIWA-Ar é um questionário com 10 questões, cujas respostas determinam uma pontuação relacionada à gravidade da síndrome. Mais que 18 pontos indicam que o paciente deve ser encaminhado para internação hospitalar, já que indica síndrome de abstinência grave. Dezoito pontos ou menos indicam síndrome leve/moderada, e nesta situação a desintoxicação ambulatorial é uma possibilidade.<sup>15</sup>

Crise convulsiva, *delirium tremens*, assim como evidência de alto risco para a ocorrência destes indica a necessidade de avaliação em setor de emergência e internação hospitalar. História de convulsão durante abstinência alcoólica, história de *delirium tremens* e manifestações clínicas sugestivas de hiperatividade autonômica, estas associadas à concentração sanguínea de álcool acima de 100 mg/100ml, são fatores que aumentam o risco de *delirium tremens*.<sup>14</sup> Em casos de pacientes em situação de fragilidade, como idosos, que são mais suscetíveis a quedas, pessoas com déficits cognitivos, situações de falta de apoio social, com múltiplas comorbidades e menores de 16 anos de idade, igualmente se deve considerar o encaminhamento para intervenção em ambiente hospitalar.<sup>14</sup>

Os objetivos do tratamento da síndrome de abstinência são controlar os sintomas, evitar complicações, manter a dignidade e o conforto do paciente.<sup>14</sup> Além disso, é importante que a abordagem do paciente durante a abstinência permita engajá-lo no tratamento da dependência em si, e que o tratamento adequado previna síndromes mais graves no futuro.<sup>6</sup> Cuidados gerais devem ser indicados a todos os casos e incluem: manter o paciente em ambiente calmo, sem muita estimulação sensorial; orientações quanto aos passos do tratamento; manter a dieta

e hidratação adequados; bem como monitoramento frequente e encorajamento do paciente.<sup>6</sup>

Frequentemente, o tratamento da síndrome não requer a abordagem medicamentosa. Quando necessárias, várias classes de medicamentos podem ser utilizadas.<sup>14</sup> Dentre os medicamentos mais utilizados para abordagem da síndrome de abstinência em si estão os benzodiazepínicos. Podem ser usados em regime ambulatorial: diazepam 20 a 40 mg/dia, clordiazepóxido 100 a 200 mg/dia ou lorazepam 4 a 8 mg/dia, todos por via oral.<sup>16</sup> A prescrição é baseada nos sintomas do paciente, com interrupção da administração se houver sinais de excesso de medicação (p. ex, sedação), sendo efetuada redução gradual da dose do medicamento durante o período de uma semana.<sup>6</sup> Pacientes com disfunção hepática ou idosos podem apresentar acúmulo do medicamento se forem usados benzodiazepínicos de meia vida longa como o diazepam. Já o lorazepam é um benzodiazepínico de meia vida curta e que não é metabolizado pelo fígado, portanto que poderia ser administrado a estes casos. Ressalta-se que pacientes com doença hepática descompensada e síndrome de abstinência devem ser avaliados em serviços com experiência no manejo de hepatopatias.<sup>14</sup>

Os consensos nacionais indicam o uso de tiamina 300 mg por via intramuscular na primeira semana e, em seguida, por via oral por mais 2 a 3 semanas.<sup>6,16</sup> No contexto da síndrome de abstinência por álcool, a tiamina desempenha papel profilático em relação à síndrome de Wernicke, caracterizada por confusão mental, ataxia e distúrbio da movimentação ocular extrínseca.<sup>6</sup> Os pacientes em síndrome de abstinência estão no grupo de alto risco para desenvolvimento da síndrome, portanto com indicação para administração de tiamina, não necessitando, no entanto, ser realizada em caráter de emergência. Não há evidências específicas sobre a dose.<sup>14</sup> O uso intramuscular é postulado devido à possibilidade de má absorção da substância pela via oral, e a possibilidade de não aderência do paciente à terapia por via oral.<sup>17</sup>

## 2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 39 anos de idade, comparece ao serviço de saúde relatando que há quatro dias, ao tentar erguer peso, sentiu tontura com escurecimento da visão e escotomas cintilantes, associado a mal estar com 3 horas de duração. Na ocasião compareceu a outro serviço de saúde, sendo orientado a comparecer à unidade de saúde próxima à sua residência para solicitação de exames complementares. Desde o início do quadro vinha apresentando ansiedade, tremores e sudorese. No momento da consulta não referia náusea ou sintomas dispépticos e não apresentava manifestações clínicas associadas a alucinações ou delírios. Apresentava história de consumo há mais de 10 anos de uma dose de destilado e três garrafas de cerveja por dia, interrompendo o uso das bebidas há cerca de uma semana (sic), somando quatro pontos no questionário CAGE<sup>4</sup>. Não havia história de comorbidades clínicas ou psiquiátricas. Apresentava-se ao exame lúcido e orientado, hidratado e anictérico, com tremor de extremidades e comportamento nitidamente ansioso, com frequência cardíaca de 100 bpm, temperatura axilar 36,1 ° C, glicemia capilar de 91 mg/dl e pressão arterial de 140/100 mmHg. Sem alterações dignas de nota ao exame segmentar. Administrados 5 mg de diazepam, o paciente foi encaminhado, após contato telefônico, ao ambulatório do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), depois de período de observação na unidade de saúde.

O paciente não seguiu o tratamento ambulatorial após acolhimento no CAPS AD, conforme contato telefônico com familiar realizado quatro dias após. Retornou à unidade de saúde referindo manter o consumo de álcool, apesar do desejo de interromper o mesmo, tendo ingerido a última dose algumas horas previamente à consulta. Mantinha ao exame clínico ansiedade leve e tremores de extremidades, sem alteração na orientação ou consciência e sem sintomas ou sinais que indicassem delírios ou alucinações. Não apresentava alteração no nível de hidratação, glicemia capilar, temperatura axilar ou frequência cardíaca, com pressão arterial variando em torno de 151/95 mmHg. Na ocasião somou nove pontos na escala CIWA-Ar<sup>4</sup>. Considerada a possibilidade de desintoxicação ambulatorial, foi discutido com o paciente e familiar e combinado o retorno e observação nos próximos dias na unidade de saúde. Sendo assim o paciente compareceu à unidade de saúde e permaneceu em observação em sala isolada na unidade de saúde nos

três dias seguintes, sendo reavaliado a intervalos regulares com administração de comprimidos de 5 mg de diazepam conforme manifestações clínicas, chegando até 20 mg por dia por via oral. Os próximos dias eram de recesso e foi optado por continuidade do tratamento em regime domiciliar e retorno na unidade de saúde a partir do primeiro dia de funcionamento da mesma, o que aconteceria após quatro dias, diante da boa evolução do quadro e do bom suporte familiar do paciente.

O paciente e a familiar retornaram no dia combinado, no entanto o paciente apresentou recaída durante o período, assim não pode comparecer à unidade de saúde. Após discussão do caso com o paciente e com a cuidadora, optou-se por encaminhamento para desintoxicação e manejo da síndrome de abstinência em regime hospitalar. No mesmo dia o paciente foi internado. Durante o período de internação foi realizado contato telefônico com a familiar para acompanhamento do caso e orientação para retorno à unidade de saúde assim que o paciente recebesse alta. Dois dias após a alta hospitalar o paciente retornou a unidade de saúde, com remissão sintomática e abstinência, sem alterações ao exame físico e com prescrição de hidroclorotiazida 25 mg/dia, amitriptilina 25 mg/dia, prometazina 25 mg/dia, ácido fólico 5 mg/dia, tiamina 300mg/dia, um comprimido de complexo B/dia e sulfato ferroso 400mg/dia. Na ocasião da consulta na unidade de saúde foram solicitados novos exames laboratoriais e acrescentada naltrexona 50 mg/dia à prescrição, sendo o paciente orientado para retorno e seguimento.

### 3 DISCUSSÃO

Os problemas relacionados ao álcool são diversos e se apresentam com diferentes graus de gravidade e complexidade, sendo possível identificar pacientes em diferentes “fases” do uso abusivo de álcool. Na atenção primária, há recomendação para o rastreamento e intervenções de aconselhamento para reduzir o uso inadequado de álcool em adultos.<sup>9</sup> A avaliação quantitativa do consumo de álcool permite identificar os chamados bebedores excessivos, o que tem relevância na prevenção primária, já que se trata de uma avaliação objetiva e que permite identificar aqueles com maior risco para desenvolver problemas relacionados ao uso de álcool.<sup>4</sup> Dentre os instrumentos de rastreamento, o CAGE é o mais popular, correspondendo a um acrônimo em inglês para as quatro questões a seguir: 1) Você já sentiu a necessidade de parar de beber? 2) Você já se sentiu chateado por críticas que os outros fazem pelo seu modo de beber? 3) Você já se sentiu culpado sobre seu jeito de beber? 4) Você já teve que beber para iniciar o dia e “firmar o pulso”? Duas ou mais perguntas respondidas positivamente significam que o rastreamento é positivo.<sup>10</sup>

No cenário da atenção primária o CAGE é uma boa ferramenta para suspeita inicial de abuso ou dependência.<sup>10</sup> A identificação precoce dos pacientes em uso excessivo de álcool pode estar relacionada com a diminuição da morbidade e mortalidade associada ao uso inadequado deste, se associada a condutas como um aconselhamento breve com seguimento dos pacientes, já que com estas práticas há evidência de redução no consumo de álcool de forma sustentada durante 6 a 12 meses.<sup>9</sup> No entanto, existem estudos que questionam a eficácia do rastreamento e intervenção breve para pacientes com consumo muito pesado e que preencham critérios para dependência.<sup>11</sup>

Já no que se refere à síndrome de abstinência alcoólica, peculiaridades na prática assistencial de saúde na atenção primária afetam diretamente a abordagem desses pacientes. A proximidade paciente-equipe, a maior facilidade para o seguimento longitudinal e os possíveis vínculos do serviço de saúde à comunidade favorecem a abordagem dos casos na atenção primária e, assim sendo este ambiente pode ser propício para abordagem de grande parte dos casos, considerando-se também que para tais casos é importante um bom equilíbrio entre

tecnologias duras, leve-duras e leves, priorizando estas últimas, segundo a conceituação de tecnologias em saúde definida por Merhy.<sup>18</sup> O acompanhamento dos pacientes pode ser facilitado pelo trabalho de agentes comunitários de saúde, e mesmo o recurso do contato telefônico pode ser útil em alguns casos de uso abusivo de álcool. No caso de ser escolhida essa estratégia, há evidência de que o aconselhamento telefônico pode ser eficaz para a cessação do uso abusivo de álcool, em alguns casos.<sup>19</sup>

No entanto, alguns obstáculos para a adequada assistência aos pacientes que fazem uso problemático do álcool no ambiente da unidade de saúde devem ser considerados. O uso ou não de álcool é uma das condições que mais apresentam conotação de ordem moral, e sabe-se que a estigmatização dos pacientes que fazem uso nocivo do álcool é um fato que dificulta o acesso ao serviço de saúde e a qualidade do cuidado prestado ao paciente.<sup>20</sup> Deste modo, é importante que todos os integrantes da equipe de saúde estejam preparados para acolher indivíduos que fazem uso problemático do álcool, antes mesmo do primeiro contato destes com o serviço de saúde.

Apesar de a abordagem dos pacientes em síndrome de abstinência por álcool envolver, na maior parte dos casos, o emprego de tecnologias leves e leve-duras, alguns problemas de organização e estrutura dificultam o adequado atendimento aos pacientes. Um ambiente adequado, como preconizado nas diretrizes sobre síndrome de abstinência de álcool, pode não ser viável, haja vista a grande demanda assistencial na maioria das unidades de saúde; a ausência de tiamina para administração parenteral é outro fato que deve ser levado em consideração, e que pode demonstrar a falta de preparo da atenção primária para receber pacientes em síndrome de abstinência, mesmo que o medicamento possa ser administrado no decorrer do acompanhamento, não necessariamente no primeiro contato do paciente; em certas ocasiões, até mesmo o horário de funcionamento da unidade pode representar um entrave, quando se considera feriados e finais de semana. Além disso, nos casos em que o paciente precisa ser encaminhado para internação, falta integração com outros níveis de atenção à saúde, já que praticamente não existe contra-referência em nosso meio.

À parte a abordagem da síndrome de abstinência de álcool, vale ressaltar que o acompanhamento longitudinal, como característica da prática de medicina de família no contexto da atenção básica à saúde, aplica-se aos casos de uso inadequado de álcool, na medida em que se considera este um problema de evolução crônica. Cada caso deve ter um acompanhamento clínico regular, e, se indicado o uso de medicamentos, tal escolha provavelmente se baseou na necessidade de tratamento para casos de dependência. A naltrexona, o dissulfiram e o acamprosato são opções já utilizados para tal. O encaminhamento do paciente para grupos de ajuda mútua da mesma forma deve ser considerado.<sup>4</sup>

## 4 CONCLUSÃO

O uso excessivo do álcool é prevalente na população, e o manejo deste problema, portanto, componente intrínseco à prática rotineira na medicina de família e comunidade, considerando-se as diversas formas como pode se apresentar (uso nocivo, dependência, síndrome de abstinência, etc). Além disso, a cronicidade dos casos vem ao encontro do caráter longitudinal de seguimento dos pacientes, e esta condição é relevante tanto para os casos considerados como bebedores abusivos como para aqueles que preenchem os critérios para dependência de álcool. Assim, o rastreamento e o oportuno aconselhamento preventivos devem ser uma rotina no atendimento a adultos, visando à prevenção primária de problemas relacionados ao consumo de álcool.

A atenção primária à saúde está em posição privilegiada para abordar pacientes com problemas relacionados ao álcool, e a capacidade de abordagem da síndrome de abstinência na atenção primária é de extrema importância, visto que, além do cuidado à condição aguda em si, trata-se de uma oportunidade estratégica para intervir sobre o problema e negociar o acompanhamento a médio e longo prazo. Neste caso, a avaliação sobre a gravidade da síndrome – e das complexidades pertinentes ao caso individual – pode vir a sugerir a necessidade de encaminhamento a Centro de Atenção Psicossocial, admissão hospitalar ou, ao contrário, a possibilidade de desintoxicação ambulatorial e seguimento terapêutico na própria unidade básica.

Mesmo que inevitavelmente tais usuários façam parte da demanda comum de uma unidade de saúde, é importante frisar que existem dificuldades para o adequado acolhimento e abordagem dos casos de síndrome de abstinência alcoólica neste meio, dificuldades estas que podem estar relacionadas à falta de preparo da estrutura e de organização da própria cadeia de cuidados à saúde.<sup>21</sup> Outros estudos precisam esclarecer tais pontos. Estes obstáculos podem algumas vezes ser superados por algumas medidas simples, iniciando talvez pela maior sensibilização dos profissionais envolvidos com saúde sobre a prevalência do problema e suas implicações na vida individual e coletiva, continuando com capacitações, investimento em insumos e programas de Educação Permanente em Saúde para discussões coletivas dos casos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Carlini EA, Gaduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas; 2002.
3. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID – 10. Porto Alegre: Artmed; 1993.
4. Soibelman M, Ernani L Jr, Diemen LV. Problemas relacionados ao consumo de álcool. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p 539 - 50.
5. Carlini EA. Epidemiologia do uso do álcool no Brasil. Arq Méd ABC. 2006; Supl. 2: 4 – 7.
6. Laranjeira R, Nicastrí S, Jerônimo C, Marques AC, et al. Consenso sobre síndrome de abstinência do álcool e seu tratamento. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22(2): 62-71.
7. Barbara S. Is primary care essential? The Lancet. 1994 oct 22; 344(8930): 1129 – 33.
8. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS). Sistema único de saúde – Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011.
9. Ministério da Saúde. Caderno de atenção primária – Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

10. Pilowsky DJ, Wu LT. Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. *Subst abuse Rehabil.* 2012 abr; 3(1): 25-34.
11. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev.* 2010, nov; 29(6): 631 – 40.
12. Louro RP, Antón EO Zúñiga VL. Epidemiología del síndrome de abstinencia alcohólica. Mortalidad y factores de mal pronóstico. *An Med Interna. Madrid.* 2006; 23: 307 – 09.
13. Maciel C, Kerr-Corrêa F. Complicações psiquiátricas do uso crônico de álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26(Supl 1): 47 – 50.
14. Royal college of physicians. Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. Londres: National clinical guidelines centre, 2010.
15. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Álcool. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p 129 – 44.
16. Marques ACPR, Ribeiro M. Abuso e dependência do álcool. Associação médica brasileira e Conselho federal de medicina, 2002. Disponível em [www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/002.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/002.pdf).
17. National Collaborating centre for mental health alcohol use disorders. The NICE guidelines on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Leicester: The british psychological society, 2011. Londres: The royal college of psychiatrists, 2011.
18. Merhy EE. A Perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Sistema único de saúde em Belo Horizonte - Reescrevendo o público; São Paulo: Xamã; 1998.

19. Pierozan, PS. Avaliação da eficácia da intervenção breve motivacional por telefone na cessação do consumo problemático de álcool. Porto Alegre: Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas, 2007.
  20. Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. J Bras Psiquiatr. 2010; 59(4): 326-32.
  21. Feuerwerker, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins J. J. (Org.) Educação, Saúde e Gestão, Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011 (no prelo).
- .